

terminowanym i w tym ujęciu staje się przypadkowa. Z drugiej zaś strony widać coś zupełnie przeciwnego, co skłania do zastanowienia, czy aby na pewno mamy do czynienia z dziełem przypadku. Powstaje paradoks. Im więcej wiemy, tym większa nasza niepewność. Nie można być pewnym, że już wszystko wiadomo albo że z biegiem czasu wszystko zostanie wyjaśnione. Ludzie myślący powinni wykazywać pokorę.

Niektórzy nie chcą być pokorni.

Są przedstawiciele świata nauki, którym towarzyszy buta. Wydaje im się, że nawet jeśli w tej chwili nie są w stanie udzielić odpowiedzi na część zadawanych im pytań, na pewno w niedalekiej przyszłości ich mózgi będą w stanie przetworzyć wszystkie niewiadome. Nie umniejszając roli ludzkiego mózgu, który w swej złożoności jest czymś niesamowitym, wydaje mi się to mało prawdopodobne. Już sama liczba połączeń, możliwych do wytworzenia między neuronami w mózgu, wyra-

*Świadomość, że wiemy wszystko
i nic już nie pozostało
do odkrycia,
byłaby po prostu smutna*

żana jest ogromną, wręcz przerażającą liczbą. Stąd powinna wynikać pokora. Z podziwu dla otaczającej nas pięknej złożoności świata, tej sieci zależności i wpływów, które powoli poznajemy.

A gdyby pan spotkał dzisiaj Boga, jakie zadałby mu pan pytanie?

Pewnie zapytałbym o coś, co może wydawać się oczywiste, ale tylko Bóg mógłby udzielić mądrej odpowiedzi. Na przykład o to, jak żyć, aby z jednej strony nie zmarnować czasu, z drugiej natomiast nie popadać w pychę. Może jeszcze o to, jak sprawić, żeby coś z naszego ducha pozostało wśród bliźnich i mogło być dla nich użyteczne, kiedy nas już nie będzie.

Eutanazja – złe doświadczenia



for. T. Dawidziuk

Prof. dr hab. Stanisław Puzyński – specjalista psychiatra.

Czy w Holandii śmierć na życzenie jest modna?

Słowo „modna” jest moim zdaniem nieodpowiednie. W Holandii to nie śmierć, ale wymuszone zakończenie życia, ściśle mówiąc, jego skrócenie, za pomocą substancji chemicznej podanej osobom nieuleczalnie chorym bądź w podeszłym wieku, okazało się „modne”, gdyż opłacalne. Holendrzy uznali bowiem, że dłuższe życie jednostki, zwłaszcza tej nieuleczalnie chorej, niesprawnej, jest problemem nie tylko dla rodziny i systemu wsparcia społecznego, ale również kosztowne z punktu widzenia ekonomicznego. W związku z tym zaakceptowano eutanazję, jako jeden ze skutecznych sposobów rozwiązania problemów długowieczności, ograniczenia wydatków zdrowotnych, zmniejszenia kosztów społecznych. Możliwe, że część zwolenników prawa do eutanazji kierowała się motywami humanitarnymi i chęcią pomocy w cierpieniu, sądzę jednak, że ta pierwsza grupa przesłanek miała znaczenie decydujące.

Grecki pierwowzór wyrazu eutanazja, eu thanatos, oznacza tyle, co dobra śmierć. Czy istnieje śmierć lepsza i gorsza?

Nie ma dobrej śmierci, bo każda śmierć jest złym rozwiązaniem i to niezależnie od tego, czy nastąpiła nagle, bezboleśnie, czy była powolna i naznaczona cierpieniem. Eutanazja nie jest „dobłą śmiercią”, lecz zabójstwem. W Polsce i w wielu innych krajach jest prawnie zakazana.

Czy przedłużająca się depresja, spowodowana bólem i cierpieniem, może być powodem do podjęcia decyzji o śmierci na życzenie?

Wspólną cechą wielu rodzajów depresji jest zmęczenie życiem i niechęć do jego kontynuacji. Znaczny odsetek chorych ma skłonności samobójcze i podejmuje próby targnięcia się na swoje życie. Prawidłowo prowadzone leczenie farmakologiczne, połączone z psychoterapią, sprawia, że u większości pacjentów depresja ustępuje, powraca chęć do życia. Chorego trzeba leczyć, uśmierzać dośkwierający mu ból fizyczny i psychiczny

cd. na str. 14 →

cd. ze str. 13 →

ny, a nie spełniać jego życzenie dotyczące zakończenia życia. Sytuacja z punktu widzenia etyki lekarskiej i prawa jest jednoznaczna.

Czy diagnoza lekarska, będąca podstawą do podjęcia decyzji o eutanazji, może okazać się błędna?

Termin „diagnoza medyczna” obejmuje ustalenie przyczyny zaburzeń występujących u chorego, ich stopnia nasilenia, zaawansowania oraz przewidywanych następstw. Prawidłowo przeprowadzony proces diagnostyczny umożliwia lekarzowi zastosowanie właściwego leczenia. W tym kontekście i na tak postawione pytanie moja odpowiedź

Chorego trzeba leczyć, a nie spełniać jego życzenie dotyczące zakończenia życia

brzmi: nie ma wskazań lekarskich do eutanazji, nie ma diagnozy uprawniającej do eutanazji.

W przypadku zalegalizowania eutanazji zmienia się również rola lekarza.

Dopuszczalność eutanazji, w tym samobójstwa w asyście lekarza, narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent-lekarz, zaciera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem. W Holandii, o czym informują media, zdarza się, że chorzy w obawie przed eutanazją odmawiają leczenia szpitalnego, a nawet opuszczają hospicja.

Jakie następstwa może spowodować legalizacja eutanazji w Polsce?

Jak najgorsze. Zalegalizowanie nawet najbardziej ograniczonych form eutanazji niesie ryzyko zwiększenia społecznej akceptacji tego zjawiska i masowego zabijania osób nieuleczalnie chorych, niesprawnych, w podeszłym wieku, na co dobitnie wskazują doświadczenia holenderskie. Wierzę, że rozsądek weźmie górę i do legalizacji eutanazji w Polsce nie dojdzie.

Rozm. **Katarzyna Karpacz**

Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne

Tegoroczne Podlaskie Warsztaty Psychiatryczne odbyły się w Białowieży i trwały od 19 do 21 stycznia. Podobnie jak to miało miejsce w poprzednich latach, spotkanie przygotowane zostało przez pracowników Kliniki Psychiatrii UMB, pod patronatem Oddziału Podlaskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wzięło w nim udział ponad 300 lekarzy psychiatrów z Polski oraz liczne grono wykładowców.

Pierwszy wykład przedstawiła prof. Barbara Darewicz – kierownik Kliniki Urologii UMB, która mówiła o przyczynach i leczeniu zaburzeń funkcji seksualnych. Zwróciła uwagę na fakt, że dolegliwości związane z funkcjami seksualnymi są składową obrazu bardzo wielu chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych, ale ich obecność jest często ignorowana w procesie diagnozy. Znaczna część wystąpień, które miały miejsce pierwszego dnia, poświęcona była neurobiologicznym podstawom schizofrenii, m.in. niedoczynności receptorów NMDA (dr hab. Marek Krzystanek), użyteczności koncepcji stanów prepsychotycznych (prof. Andrzej Czernikiewicz) oraz współpracy z pacjentami (dr hab. Agata Szulc).

W swoim wykładzie prof. Łukasz Świącicki omówił możliwości skutecznej farmakoterapii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, a prof. Alina Borkow-



foto: D. Bibulowicz

Dr hab. Agata Szulc, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego i kierownik Kliniki Psychiatrii, wita uczestników warsztatów.

ska wskazała możliwe powikłania o charakterze poznawczym takiego leczenia. Następnie profesor Aleksander Araszkie-wicz zasugerował nowe spojrzenie na problem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, a prof. Bartosz Łoza ukazał nam różne oblicza depresji na przestrzeni wieków.

Różnorodność tematów sesji warsztatowych w drugim dniu konferencji sprawiła, że nie tylko psychiatrzy, ale także



foto: D. Bibulowicz

Już zwyczajowo pełna sala wykładowa; na pierwszym planie prof. Andrzej Czernikiewicz, pomysłodawca i organizator pierwszych Podlaskich Warsztatów Psychiatrycznych.